

# Epidemiologie van trauma, PTSS en complexe PTSS in Nederland\*

C.M. Hoeboer, F. Nava, J.F.G. Haagen, B.F.P. Broekman, R.J. van der Gaag, M. Olff

- Achtergrond** Er is geen recente informatie beschikbaar over het voorkomen van trauma, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en complexe PTSS in Nederland.
- Doel** Het bepalen van de prevalentie van trauma, de diagnose PTSS (volgens DSM-5 en ICD-11) en complexe PTSS (volgens ICD-11).
- Methode** Een steekproef van 1690 Nederlandse volwassenen werd geïncludeerd via het LISS-panel tussen september en november 2023. Een subgroep (n = 204) nam deel aan een gestructureerd interview.
- Resultaten** Naar schatting had 1,3% van de Nederlandse bevolking een diagnose PTSS volgens DSM-5 en 1,0% volgens ICD-11, en 1,6% had een diagnose complexe PTSS volgens ICD-11. Daarnaast voldeed 11,1% aan de criteria van lifetime-PTSS volgens DSM-5. Vrouwen, jongvolwassenen, mensen van middelbare leeftijd en mensen met een niet-Nederlandse culturele achtergrond hadden een verhoogd risico op PTSS. Ongeveer de helft van de mensen met lifetime-PTSS zocht professionele hulp, terwijl slechts een derde behandeling in overeenstemming met de richtlijn ontving.
- Conclusie** Trauma, PTSS en complexe PTSS zijn ongelijk verdeeld onder de Nederlandse bevolking. Slechts een minderheid van de mensen met de diagnose PTSS ontvangt adequate zorg volgens de richtlijn. Dit benadrukt de noodzaak van gerichte screening, preventieve interventies en publieke gezondheidscampagnes om de kennis over PTSS en behandeling van PTSS te vergroten..

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een van de meest voorkomende psychische aandoeningen wereldwijd en gaat gepaard met een aanzienlijke ziektelast.<sup>1,2</sup> Er zijn echter geen recente gegevens beschikbaar over de prevalentie van PTSS, bijbehorende risicofactoren en hulpzoekgedrag in Nederland. De laatste prevalentiestudie werd twee decennia geleden uitgevoerd.<sup>3</sup> Sindsdien zijn er grote maatschappelijke veranderingen geweest, zoals meer openheid over genderfluiditeit en de coronapandemie. Daarnaast is er vooruitgang geboekt in de klinische praktijk, zoals updates van diagnostische handboeken. In de 11de versie van de *International Classification of Diseases* (ICD-11) is er een nieuwe diagnose complexe PTSS (CPTSS) toegevoegd, terwijl in de 5de versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) – waarop de richtlijn PTSS in Nederland is gebaseerd – geen CPTSS-diagnose is toegevoegd, maar de PTSS-diagnose zelf is uitgebreid. Deze veranderingen hebben mogelijk invloed op de prevalentie van potentieel traumatische gebeurtenissen (PTE's), PTSS, bijbehorende risicofactoren en de behandel mogelijkheden.

Sinds de introductie van de DSM-5 zijn er wereldwijd weinig studies gedaan naar de prevalentie van PTE's en PTSS in nationale steekproeven. Een opmerkelijke uitzondering is een grote nationale epidemiologische enquête die in de VS werd uitgevoerd.<sup>4</sup> Hierin werd gevonden dat 6,1% van de bevolking aan de diagnose PTSS voldeed volgens de DSM-5-criteria op een moment in het leven (*lifetime*-PTSS). In twee recente studies vond men veel hogere prevalentieschattingen voor lifetime-PTSS volgens de DSM-5 in Polen (18,8%)<sup>5</sup> en IJsland (10,5%).<sup>6</sup> Dit is mogelijk een overschatting omdat in beide studies een zelfrapportagevragenlijst werd gebruikt met een relatief lage afkapwaarde voor PTSS.<sup>7</sup> Door het ontbreken van recente studies is er tevens een gebrek aan kennis over hulpzoekgedrag en barrières en het type behandeling dat mensen met PTSS ontvangen. Onderzoek in de VS en Ierland suggereert dat ongeveer 50-60% van de mensen met PTSS professionele hulp zocht.<sup>4,8</sup> Het is echter onduidelijk waarom de andere helft geen hulp zocht. Een recent rapport van Zorginstituut Nederland laat zien dat dit probleem in Nederland mogelijk vergelijkbaar – of zelfs groter – is.<sup>9</sup> Volgens dit rapport ontvangt slechts

25% van de mensen die voldoen aan de criteria van PTSS geestelijke gezondheidszorg. Bovendien zou maar 40% in overeenstemming met de richtlijn behandeld worden. Zonder professionele hulp blijft PTSS vaak jarenlang bestaan.<sup>2</sup> Aangezien PTSS en CPTSS effectief behandeld kunnen worden,<sup>10-12</sup> leidt onderbehandeling tot onnodig persoonlijk lijden. Bovendien leidt dit tot maatschappelijke kosten door arbeidsuitval en stijgende zorguitgaven. Het doel van deze studie is het bepalen van de prevalentie van PTE's, de diagnose PTSS (volgens DSM-5 en ICD-11), en CPTSS (volgens ICD-11), het identificeren van risicofactoren en het in kaart brengen van hulpzoekgedrag in de Nederlandse bevolking. Het huidige artikel is een bewerking van een eerder gepubliceerd Engelstalig artikel.<sup>13</sup>

## METHODE

### Opzet en participanten

Een steekproef van Nederlanders werd geworven via het panel Langlopende Internet Studies voor de Sociale wetenschappen (LISS).<sup>14</sup> Dit panel wordt beheerd door Centerdata (Universiteit van Tilburg) en bestaat uit ongeveer 5000 huishoudens. Huishoudens werden willekeurig geselecteerd op basis van een gestratificeerde steekproef, getrokken uit het bevolkingsregister van het Centraal Bureau van Statistiek (CBS). Deelnemers ontvingen een vergoeding voor het invullen van vragenlijsten. De inclusiecriteria voor het panel waren: leeftijd  $\geq 16$  jaar en beheersing van de Nederlandse taal. Exclusie criterium was: geen toegang tot internet hebben (bijvoorbeeld door een gevangenisstraf). Voor het huidige onderzoek werden geen aanvullende in- of exclusiecriteria toegepast. Alle LISS-panelleden gaven toestemming om deel te nemen aan onderzoek. De studieopzet en procedures werden goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van Amsterdam UMC (FWA00032965).

### Procedures

Een willekeurige selectie van 1947 deelnemers uit het LISS-panel werd uitgenodigd om deel te nemen, waarvan 1581 deelnemers (81,2%) reageerden en 1560 de vragenlijsten over traumatische gebeurtenissen en PTSS invulden en geïnccludeerd werden in het huidige onderzoek. Daarnaast namen alle studenten uit het LISS-panel ( $n = 490$ ) deel aan een parallel onderzoek. Voor het huidige onderzoek selecteerden we een willekeurige subset van studenten die representatief was voor de totale populatie ( $n = 130$ ), waarmee de uiteindelijke steekproef uit 1690 deelnemers bestond. Alle deelnemers vulden tussen 1 september 2023 en 1 november 2023 een online-vragenlijst van ongeveer 30 minuten in. Aan het einde van de vragenlijst werden deelnemers, behalve die uit de studentenpopulatie om praktische redenen ( $n = 1581$ ), gevraagd of ze benaderd mochten worden voor een follow-upinterview van ongeveer 45 minuten.

Alle deelnemers die akkoord gingen, werden vervolgens benaderd en geïnterviewd ( $n = 204$ ). De interviews werden uitgevoerd door een ervaren onderzoeker getraind in het afnemen van het PTSS interview voor DSM-5 (CAPS-5). De interviews werden opgenomen om de interbeoordelaars-betrouwbaarheid te kunnen beoordelen.

### Uitkomstmaten

Blootstelling aan PTE's werd gemeten met de Nederlandse versie van de *Life Events Checklist voor DSM-5* (LEC-5).<sup>15</sup> De LEC-5 bevat 16 items, die elk een categorie van PTE's representeren.

Huidige en lifetime-PTSS werden gemeten met de Nederlandse versie van de PTSD-checklist voor DSM-5 (PCL-5, 20 items, totaalscore 0-80).<sup>16, 17</sup> Voor degenen die akkoord gingen met een interview werd PTSS bovendien gemeten met de Nederlandse versie van de CAPS-5 (20 items, totaalscore 0-80).<sup>18, 19</sup> Met de PCL-5 werd een 'waarschijnlijke PTSS-diagnose' vastgesteld aan de hand van de optimale afkapscore voor de nauwkeurigste prevalentieschattingen, gebaseerd op de CAPS-5 die werd afgenomen bij geïnterviewde deelnemers ( $n = 204$ ). Voor het huidige onderzoek werd een willekeurige selectie van 10% van de opgenomen CAPS-5-metingen beoordeeld door een tweede onderzoeker (onafhankelijk van de oorspronkelijke codering). De overeenstemming van PTSS-diagnoses tussen de twee onderzoekers was hoog (97%; Cohens kappa = 0,87).

PTSS en CPTSS volgens de ICD-11-criteria werden gemeten met de Nederlandse versie van de *International Trauma Questionnaire* (ITQ, 18 items waarvan 6 items PTSS, 6 items CPTSS en 6 items functionele beperkingen gerelateerd aan de (complexe) PTSS-symptomen).<sup>20, 21</sup> Degenen die voldeden aan de criteria voor CPTSS maakten geen deel uit van de PTSS-groep (hoewel ze voldeden aan alle PTSS-criteria), waardoor er geen overlap mogelijk was. Deelnemers die ten minste één PTE hadden ervaren, kregen aanvullend een reeks vragen over hulpzoekgedrag en behandelingsbarrières, zoals het zoeken van professionele hulp voor klachten die samenhangen met de gebeurtenis. Als ze aangaven geen hulp te hebben gezocht, vroegen we de reden hiervoor.

### Analyses

Het data-analyseplan was vooraf gepubliceerd via het Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/QUP6S>). De analyses werden uitgevoerd met IBM SPSS Statistics versie 28.0 en R versie 3.6.1. De optimale afkapwaarde voor de PCL-5 werd bepaald op basis van de nauwkeurigste prevalentieschattingen van PTSS (gebaseerd op een CAPS-5-diagnose) door het aantal fout-positieven en -negatieven in balans te brengen met het R-pakket *OptimalCutpoints*.<sup>22</sup> De analyses voor huidige PTSS en lifetime-PTSS (PTSS op een moment in de levensloop) werden afzonderlijk uitgevoerd, aangezien we een hogere prevalentie verwachtten voor lifetime-PTSS, in vergelijking met huidige PTSS en daarom een lagere optimale afkapwaarde.

We analyseerden risicofactoren voor blootstelling aan PTE's, PTSS en CPTSS met logistische regressieanalyses voor intervalvoorspellers en  $\chi^2$ -tests voor categorische voorspellers. We gebruikten gegeneraliseerde lineaire modellen (met binaire uitkomsten) voor multivariate analyses met dummy-gecodeerde categorische voorspellers. We rapporteerden oddsratio's om de effectgrootte weer te geven, wat de verandering in kansen op de uitkomst weergeeft (d.w.z. 1 betekent gelijke kansen, < 1 betekent verminderde kansen en > 1 betekent verhoogde kansen). We corrigeerden voor meerdere testen met de methode van Benjamini-Hochberg bij het analyseren van risicofactoren voor zelf ervaren PTE's en lifetime-PTSS.<sup>23</sup>

## RESULTATEN

De demografische kenmerken van de deelnemers zijn opgenomen in een [onlinetabel](#).

### Blootstelling aan PTE's: prevalentie en conditioneel risico

De meeste deelnemers (81,5%) hadden minstens één type PTE meegemaakt (d.w.z. zelf meegemaakt, getuige geweest, erover gehoord of eraan blootgesteld tijdens hun werk;  $M = 4,85$ ;  $SD = 4,76$ ). In totaal had 55,9% van de deelnemers minstens één type PTE zelf meegemaakt ( $M = 1,30$ ;  $SD = 1,70$ ). **Figuur 1** toont de prevalentie van PTE's die mensen zelf hadden meegemaakt voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Het totale aantal PTE's verschilde niet tussen mannen en vrouwen:  $t(1688) =$

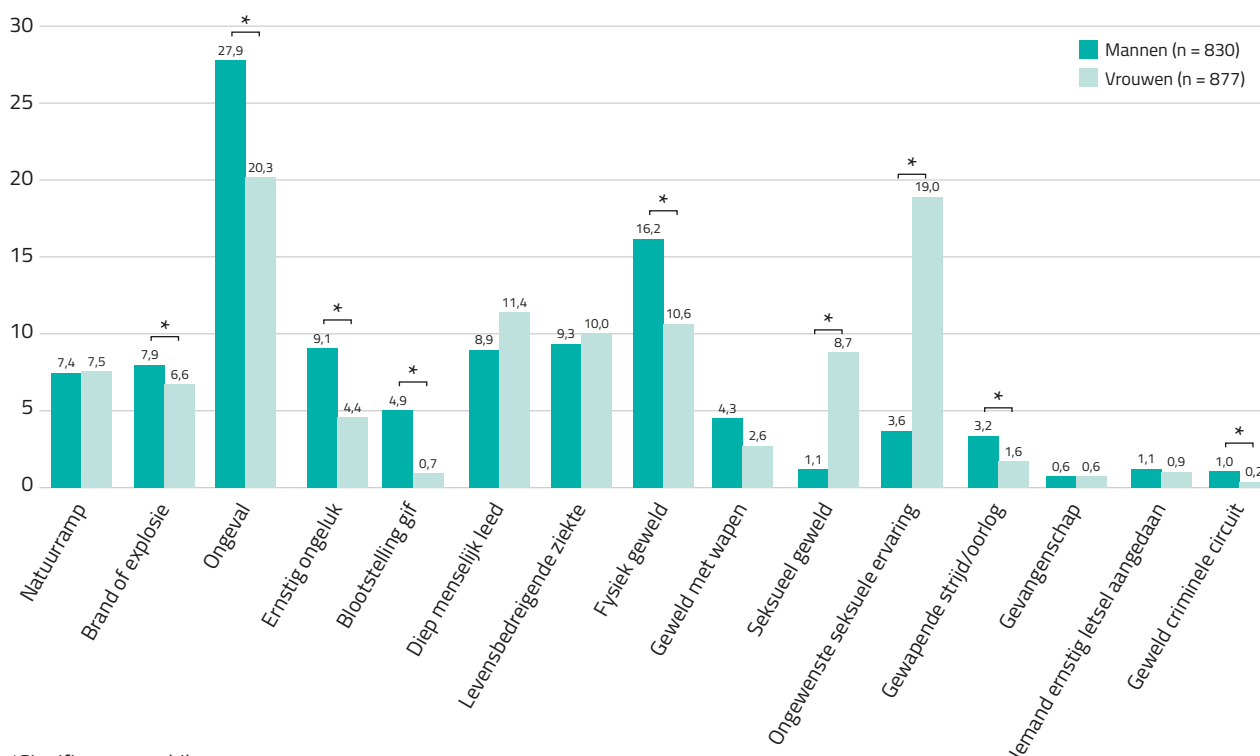
$-0,62$ ;  $p = 0,54$ , maar er waren wel significante verschillen tussen mannen en vrouwen voor specifieke typen gebeurtenissen. **Tabel 1** toont het conditionele risico van drie categorieën PTE's (seksueel geweld, fysiek geweld en niet-interpersoonlijke gebeurtenissen) per leeftijdscategorie, geslacht, burgerlijke staat, woonsituatie, opleidingsniveau en culturele achtergrond.

### Prevalentie en conditioneel risico op PTSS en CPTSS

We identificeerden een PCL-5-afkapscore van 29 als optimaal voor het schatten van de prevalentie van lifetime-PTSS en een afkapscore van 49 voor het schatten van de huidige PTSS-prevalentie op basis van de geïnterviewde deelnemers ( $n = 204$ ).

Met de optimale PCL-5-afkapscores werd de prevalentie van lifetime-PTSS in de totale steekproef geschat op 11,1% ( $SD = 0,31$ ). De geschatte prevalentie van huidige PTSS volgens DMS-5 in de totale steekproef was 1,3% ( $SD = 0,11$ ). We vonden dat 1,0% ( $SD = 0,10$ ) van de deelnemers voldeed aan de criteria voor huidige PTSS volgens ICD-11 en 1,6% ( $SD = 0,13$ ) aan de criteria voor huidige CPTSS. **Tabel 2** toont het risico op lifetime-PTSS per leeftijdscategorie, geslacht, burgerlijke staat, woonsituatie, opleidingsniveau en culturele achtergrond. Jongere – en met name middelbare – leeftijdsgroepen hadden een verhoogd risico op lifetime-PTSS. De prevalentie van lifetime-PTSS was ongeveer twee keer hoger bij vrouwen dan bij mannen en ongeveer drie keer hoger bij mensen die eerder getrouwd waren geweest in vergelijking met gehuwden of nimmer getrouwden. Daarnaast was de

**Figuur 1. Zelf ervaren potentieel traumatische gebeurtenis (% meegemaakt)**



\*Significant verschil tussen mannen en vrouwen

Tabel 1. Risico op drie categorieën van potentieel traumatische gebeurtenissen die mensen zelf hadden meegemaakt (n = 1648)

|                             | n     | Seksueel geweld |       |          |                  | Fysiek geweld    |       |          |                  | Niet interpersoonlijke events |       |       |                  |                  |
|-----------------------------|-------|-----------------|-------|----------|------------------|------------------|-------|----------|------------------|-------------------------------|-------|-------|------------------|------------------|
|                             |       | %               | b     | p        | OR (95%-BI)      | %                | b     | p        | OR (95%-BI)      | %                             | b     | p     | OR (95%-BI)      |                  |
| Leeftijd in jaren           |       |                 |       |          |                  |                  |       |          |                  |                               |       |       |                  |                  |
|                             | 16-34 | 283             | 12,64 | 0,82     | 0,02             | 2,27 (1,14-4,51) | 14,01 | 0,78     | 0,04             | 2,18 (1,05-4,53)              | 30,17 | -0,38 | 0,09             | 0,68 (0,44-1,06) |
|                             | 35-49 | 290             | 18,15 | 1,25     | < 0,001*         | 3,47 (1,84-6,55) | 27,20 | 1,61     | < 0,001*         | 4,99 (2,61-9,53)              | 42,76 | 0,16  | 0,40             | 1,18 (0,81-1,72) |
|                             | 50-64 | 455             | 11,66 | 0,73     | 0,01*            | 2,07 (1,16-3,69) | 21,61 | 1,30     | < 0,001*         | 3,68 (2,00-6,77)              | 42,31 | 0,15  | 0,39             | 1,16 (0,83-1,61) |
|                             | 65-74 | 370             | 7,54  | 0,24     | 0,43             | 1,28 (0,69-2,35) | 15,91 | 0,93     | 0,004*           | 2,53 (1,35-4,73)              | 46,08 | 0,30  | 0,08             | 1,35 (0,97-1,88) |
| 75+                         | 250   | 6,00            |       | ref      | 1,00             | 6,97             |       | ref      | 1,00             | 38,82                         |       | ref   | 1,00             |                  |
| Geslacht                    |       |                 |       |          |                  |                  |       |          |                  |                               |       |       |                  |                  |
| Vrouw                       | 858   | 22,76           | 1,85  | < 0,001* | 6,34 (4,26-9,42) | 12,67            | -0,52 | < 0,001* | 0,59 (0,45-0,79) | 37,53                         | -0,20 | 0,06  | 0,82 (0,67-1,01) |                  |
| Man                         | 790   | 4,44            |       | ref      | 1,00             | 19,67            |       |          | 1,00             | 42,27                         |       |       | 1,00             |                  |
| Burgerlijke staat           |       |                 |       |          |                  |                  |       |          |                  |                               |       |       |                  |                  |
| Getrouwd                    | 865   | 7,01            | -0,45 | 0,05     | 0,64 (0,41-1,00) | 10,04            | -0,58 | 0,005*   | 0,56 (0,37-0,84) | 40,53                         | 0,06  | 0,73  | 1,06 (0,78-1,44) |                  |
| Voorheen getrouwd           | 295   | 15,29           | 0,42  | 0,09     | 1,53 (0,94-2,49) | 23,10            | 0,41  | 0,07     | 1,50 (0,96-2,35) | 39,88                         | 0,03  | 0,88  | 1,03 (0,73-1,46) |                  |
| Nooit getrouwd              | 488   | 10,56           |       | ref      | 1,00             | 16,65            |       | ref      | 1,00             | 39,22                         |       | ref   | 1,00             |                  |
| Woonsituatie                |       |                 |       |          |                  |                  |       |          |                  |                               |       |       |                  |                  |
| Alleen                      | 379   | 11,40           | 0,19  | 0,36     | 1,21 (0,81-1,80) | 14,09            | -0,28 | 0,15     | 0,76 (0,52-1,11) | 39,32                         | -0,05 | 0,76  | 0,95 (0,71-1,28) |                  |
| Met anderen                 | 1269  | 9,63            |       | ref      | 1,00             | 17,81            |       | ref      | 1,00             | 40,43                         |       | ref   | 1,00             |                  |
| Opleiding                   |       |                 |       |          |                  |                  |       |          |                  |                               |       |       |                  |                  |
| Universiteit                | 220   | 13,92           | 0,34  | 0,16     | 1,40 (0,87-2,26) | 18,01            | 0,35  | 0,12     | 1,42 (0,91-2,22) | 41,52                         | 0,25  | 0,15  | 1,28 (0,92-1,78) |                  |
| Hoger beroepsonderwijs      | 447   | 9,34            | -0,11 | 0,59     | 0,89 (0,60-1,34) | 14,60            | 0,10  | 0,61     | 1,11 (0,75-1,63) | 41,55                         | 0,25  | 0,06  | 1,28 (0,99-1,66) |                  |
| Middelbaar beroepsonderwijs | 406   | 8,92            | -0,16 | 0,45     | 0,85 (0,56-1,29) | 17,85            | 0,34  | 0,08     | 1,41 (0,96-2,05) | 40,83                         | 0,22  | 0,12  | 1,24 (0,95-1,63) |                  |
| Voorbereidend onderwijs     | 575   | 10,33           |       | ref      | 1,00             | 13,39            |       | ref      | 1,00             | 35,71                         |       | ref   | 1,00             |                  |
| Culturele achtergrond       |       |                 |       |          |                  |                  |       |          |                  |                               |       |       |                  |                  |
| Niet-westers                | 136   | 8,51            | -0,28 | 0,33     | 0,75 (0,43-1,32) | 14,75            | 0,10  | 0,68     | 1,11 (0,68-1,80) | 37,29                         | -0,06 | 0,75  | 0,94 (0,65-1,37) |                  |
| Westers                     | 126   | 12,28           | 0,13  | 0,63     | 1,14 (0,68-1,90) | 19,87            | 0,46  | 0,05     | 1,59 (1,00-2,54) | 43,70                         | 0,21  | 0,28  | 1,23 (0,84-1,79) |                  |
| Nederlands                  | 1386  | 10,98           |       | ref      | 1,00             | 13,50            |       | ref      | 1,00             | 38,73                         |       | ref   | 1,00             |                  |

OR: oddsratio; BI: betrouwbaarheidsinterval; ref: referentiecategorie  
\*Significant na correctie volgens Benjamini-Hochberg (q\* = 0,010).

**Tabel 2. Risico op lifetime-PTSS (n = 1648)**

|                              | n    | PTSS (%) | 95%-BI      | b     | Wald  | p        | OR (95%-BI)        |
|------------------------------|------|----------|-------------|-------|-------|----------|--------------------|
| <b>Leeftijd in jaren</b>     |      |          |             |       |       |          |                    |
| 16-34                        | 283  | 23,83    | 16,47-33,18 | 2,53  | 28,30 | < 0,001* | 12,50 (4,93-31,69) |
| 35-49                        | 290  | 27,96    | 21,32-35,73 | 2,74  | 37,00 | < 0,001* | 15,51 (6,41-37,51) |
| 50-64                        | 455  | 11,00    | 7,71-15,47  | 1,60  | 13,58 | < 0,001* | 4,94 (2,11-11,55)  |
| 65-74                        | 370  | 4,71     | 2,73-7,99   | 0,68  | 2,10  | 0,15     | 1,97 (0,79-4,95)   |
| 75+                          | 250  | 2,44     | 1,08-5,41   |       |       | ref      | 1,00               |
| <b>Geslacht</b>              |      |          |             |       |       |          |                    |
| Vrouw                        | 858  | 13,89    | 10,57-18,06 | 0,71  | 15,74 | < 0,001* | 2,03 (1,43-2,89)   |
| Man                          | 790  | 7,35     | 5,15-10,38  |       |       | ref      | 1,00               |
| <b>Burgerlijke staat</b>     |      |          |             |       |       |          |                    |
| Getrouwd                     | 865  | 6,42     | 4,30-9,49   | -0,24 | 0,99  | 0,32     | 0,79 (0,49-1,26)   |
| Voorheen getrouwd            | 295  | 19,47    | 13,81-26,75 | 1,02  | 13,77 | < 0,001* | 2,77 (1,62-4,75)   |
| Nooit getrouwd               | 488  | 8,03     | 5,44-11,70  |       |       | ref      | 1,00               |
| <b>Woonsituatie</b>          |      |          |             |       |       |          |                    |
| Alleen                       | 379  | 9,86     | 6,80-14,10  | -0,07 | 0,09  | 0,76     | 0,94 (0,61-1,45)   |
| Met anderen                  | 1269 | 10,47    | 7,75-14,02  |       |       | ref      | 1,00               |
| <b>Opleiding</b>             |      |          |             |       |       |          |                    |
| Universiteit                 | 220  | 7,54     | 4,59-12,15  | -0,69 | 5,90  | 0,02*    | 0,50 (0,29-0,88)   |
| Hoger beroepsonderwijs       | 447  | 9,74     | 6,63-14,09  | -0,41 | 3,36  | 0,07     | 0,67 (0,43-1,03)   |
| Middelbaar beroepsonderwijs  | 406  | 10,30    | 7,02-14,89  | -0,35 | 2,38  | 0,12     | 0,71 (0,46-1,10)   |
| Vorbereidend onderwijs       | 575  | 13,95    | 10,26-18,69 |       |       | ref      | 1,00               |
| <b>Culturele achtergrond</b> |      |          |             |       |       |          |                    |
| Niet-westers                 | 136  | 11,95    | 7,68-18,13  | 0,53  | 4,69  | 0,03     | 1,70 (1,05-2,75)   |
| Westers                      | 126  | 11,78    | 7,30-18,48  | 0,51  | 3,58  | 0,06     | 1,67 (0,98-2,85)   |
| Nederlands                   | 1386 | 7,40     | 5,79-9,41   |       |       | ref      | 1,00               |

OR: oddsratio; BI: betrouwbaarheidsinterval

\*Significant na correctie volgens Benjamini-Hochberg ( $q^* = 0,023$ ).

prevalentie van PTSS hoger bij mensen met een lager opleidingsniveau (basis- of middelbareschoolopleiding) dan bij hoger opgeleiden (afgeronde universitaire opleiding). Woonomstandigheden en culturele achtergrond waren geen significante voorspellers van lifetime-PTSS. Overigens was in een univariate analyse (zonder andere voorspellers) culturele achtergrond wel significant gerelateerd aan lifetime-PTSS.

### Hulpzoekgedrag en belemmeringen voor behandeling

Van alle deelnemers met lifetime-PTSS volgens de PCL-5 (n = 187) zocht 52,7% professionele hulp voor de meest ingrijpende gebeurtenis. Zij ontvingen het vaakst eerstelijns traumagerichte behandeling (56,3% kreeg *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), imaginaire *exposure* (PE) of traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT)), wat betekent dat in totaal 29,7%

van degenen met lifetime-PTSS-behandeling in overeenstemming met de richtlijn ontving. Dit was vergelijkbaar voor de geïnterviewde deelnemers met PTSS volgens de CAPS-5 (32,5% van hen kreeg een eerstelijns traumagerichte behandeling). Andere ontvangen zorg bestond uit ondersteuning van een eerstelijnspsycholoog via de huisarts (44,2%), mindfulness of yoga (30,5%), medicatie (28,4%), andere psychologische behandelingen (27,1%), steun van ervaringsdeskundigen (27,1%), ondersteuning van een coach (22,1%), ondersteuning door een maatschappelijk werker, bedrijfsarts of andere bedrijfsgelerichte ondersteuning (16,7%), alternatieve geneeswijzen (11,6%), lichaamsgerichte therapie (8,4%) en therapie met dieren (2,1%).

Van de deelnemers die geen professionele hulp zochten voor hun belangrijkste traumatische gebeurtenis (n = 86) gaven 75 de reden(en) hiervoor aan. De meest voorkomende reden was het geloof dat men geen hulp nodig



had (44,0%), gevolgd door het zoeken van informele steun (25,3%), gebrek aan vertrouwen in de effectiviteit van professionele hulp (20,0%), het proberen te vermijden of te vergeten wat er was gebeurd (18,7%), niet weten dat er hulp beschikbaar was (14,7%), het niet kunnen betalen van hulp (13,3%), het gevoel dat men geen hulp verdiende (9,3%), het zich schamen om hulp te zoeken (9,3%), eerdere negatieve ervaringen met hulpverlening (6,7%) en zich te bang of te slecht voelen om hulp te zoeken (4,0%).

## DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was om de prevalentie van PTE's, de diagnose PTSS (DSM-5 en ICD-11) en CPTSS (ICD-11) in Nederland in kaart te brengen, samen met risicofactoren en hulpzoekgedrag. De geschatte prevalentie van PTSS was 1,3% volgens DSM-5-criteria en 1,0% volgens ICD-11-criteria, en 1,6% van de deelnemers had een diagnose CPTSS volgens ICD-11-criteria. Verder voldeed 11,1% aan de criteria van lifetime-PTSS volgens DSM-5.

### Hogere prevalentie lifetime-PTSS

Uit onze resultaten blijkt dat, ondanks maatschappelijke veranderingen in de afgelopen decennia, de huidige prevalentie van PTSS stabiel is (1,3%).<sup>3</sup> Echter, meer mensen voldoen aan de criteria voor lifetime-PTSS vergeleken met 20 jaar geleden (11,1% versus 7,4%). Er is een aantal factoren die hieraan ten grondslag kunnen liggen. Zo hebben we in het huidige onderzoek mensen vanaf een jongere leeftijd geïncludeerd (16+) in vergelijking met de vorige prevalentiestudie in Nederland (18+). Een jongere leeftijd hangt samen met een hogere prevalentie.

We vonden dat de meeste mensen (81,5%) ten minste één PTE hebben meegemaakt. Verkeersongevallen (24,0%), fysiek geweld (13,3%) en ongewenste seksuele ervaringen (11,6%) waren de meest voorkomende gebeurtenissen die mensen zelf meemaakten. In vergelijking met de vorige prevalentiestudie lijken veel PTE's ongeveer even vaak voor te komen, zoals brand of explosies (7,2% nu versus 7,5% toen), natuurrampen (7,5% nu versus 6,1% toen) en levensbedreigende ziektes (9,7% nu versus 10,7% toen). Sommige PTE's lijken nu vaker voor te komen zoals verkeersongevallen (24,0% nu versus 15,5% toen) en gevangenschap (0,6% nu versus 0,3% toen), terwijl fysiek geweld (13,3% nu versus 17,2% toen) en geweld met wapen (3,4% nu versus 10,9% toen) juist minder lijken voor te komen. Sommige PTE's konden niet direct vergeleken worden zoals seksueel geweld (5,0% nu) omdat het bij de vorige prevalentiestudie anders is uitgevraagd (verkrachting als kind (3,7%) of volwassene (2,7%)).

De afname in fysiek geweld en geweld met wapens komt overeen met cijfers van het CBS, die laten zien dat geweldsdelicten in de afgelopen 20 jaar ongeveer

30% zijn afgenomen.<sup>24</sup> De toename in het aantal verkeersongevallen komt overeen met cijfers van Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), die laten zien dat het aantal verkeersgewonden de afgelopen 20 jaar sterk is toegenomen.<sup>25</sup>

### Risicofactoren

We vonden dat een jongere leeftijd (met name 16-49 jaar oud), vrouwelijk geslacht, eerder getrouwd zijn geweest, een laag opleidingsniveau (vergeleken met een universitair opleidingsniveau) en een westerse of niet-westerse culturele achtergrond (vergeleken met een Nederlandse culturele achtergrond) risicofactoren zijn voor PTSS. Culturele achtergrond bleek niet significant gerelateerd aan PTSS in een multivariate analyse. Dit suggereert dat andere risicofactoren waarschijnlijk de kwetsbaarheid van mensen met een (niet-)westerse culturele achtergrond voor PTSS verklaren.

De meeste risicofactoren kwamen overeen met die in eerdere studies,<sup>3</sup> maar we observeerden enkele opmerkelijke verschillen. In het bijzonder was de relatie tussen leeftijd en PTSS in deze studie sterker. In plaats van een lineaire afname van PTSS bij een hogere leeftijd, zoals gevonden in eerdere studies, bleef de prevalentie van PTSS hoog tot een leeftijd van 50 jaar. Deze relatie tussen leeftijd en PTSS is waarschijnlijk niet alleen het gevolg van het biologische effect van leeftijd, maar ook van de sociale, economische, culturele en historische context.<sup>26</sup> Jongere generaties zijn mogelijk opener over mentale gezondheid. Bewegingen zoals #MeToo hebben de aandacht voor en het melden van seksueel geweld en grensoverschrijdend gedrag vergroot.<sup>27</sup> Dit heeft belangrijke implicaties voor de toekomstige prevalentie van PTSS, omdat er mogelijk onderrapportage bestaat bij oudere volwassenen, zoals gevonden door Havermans en collega's.<sup>28</sup> Gezien de grote verschillen in PTSS-prevalentie op basis van demografische verschillen, zijn gerichte preventie- en interventiemaatregelen belangrijk.

### Wel of geen behandeling

Uit onze studie bleek dat ongeveer twee derde van de mensen met een diagnose PTSS geen eerstelijnsbehandeling ontving. Ongeveer de helft van de mensen zocht geen professionele hulp, wat overeenkomt met eerdere studies.<sup>4,8</sup> Deelnemers gaven vaak aan dat dit kwam doordat ze dachten geen hulp nodig te hebben of de voorkeur gaven voor informele steun. Daarnaast gaven veel mensen als reden dat zij geen vertrouwen hadden dat professionele hulp zou helpen, probeerden te vermijden of te vergeten wat hen was overkomen, zich niet bewust waren van het bestaan van professionele hulp, zich te veel schaamden om hulp te zoeken of de hulp niet konden betalen.

Daarnaast waren er ook deelnemers die wel hulp zochten, maar geen traumagerichte behandeling kregen. Vaak zochten deze mensen andere vormen van ondersteuning zoals hulp van de POH-GGZ, yoga/mindfulness of medicatie. Samenwerking tussen traumazorg en

andere vormen van ondersteuning biedt kansen voor PTSS-screening en kan de toegang tot adequate behandeling volgens de richtlijn verbeteren.

De resultaten laten ook zien dat de algemene kennis over PTSS-behandeling in Nederland verbeterd moet worden. Dit is met name belangrijk voor mensen met een hoog risico op het ontwikkelen van PTSS, zoals vrouwen en jongvolwassenen. Mediacampagnes zouden bijvoorbeeld kunnen helpen bij het vergroten van het publieke bewustzijn over psychische aandoeningen en het normaliseren ervan.<sup>29</sup>

Onze resultaten hebben ook implicaties voor het verder ontwikkelen van de richtlijn voor PTSS. Onze resultaten laten bijvoorbeeld zien dat screening op PTSS belangrijk is in bepaalde subpopulaties en op bepaalde plaatsen. Daarnaast geven onze resultaten inzicht in randvoorwaarden voor interventies zoals het bieden van voldoende informatie, het uitstralen van betrouwbaarheid, het adresseren van vermijding en betere financieringsmogelijkheden voor mensen met beperkte financiële middelen.

### Beperkingen en sterke punten

De huidige studie heeft enkele beperkingen. De steekproef is gebaseerd op een panel met een steekproef van huishoudens, geselecteerd uit het bevolkingsregister door het CBS. Hierdoor is de steekproef redelijk representatief voor de algemene Nederlandse bevolking op basis van verschillende demografische kerngegevens.<sup>30</sup> Er waren echter meer mensen met een Nederlandse culturele achtergrond in de steekproef (84% versus 75% in de algemene Nederlandse bevolking). Dit wordt mogelijk verklaard doordat deelnemers de Nederlandse taal moesten beheersen. Bovendien was de gemiddelde leeftijd in deze studie hoger (55 jaar versus 42 jaar), wat gerelateerd is aan de uitsluiting van personen jonger dan 16 jaar.

Daarnaast werden interviews afgenomen bij een subset van de totale steekproef. Dit stelde ons in staat de meest nauwkeurige PCL-5-afkapwaarde voor de schatting van PTSS-prevalentie te bepalen, maar de algemene PTSS-schattingen zijn gebaseerd op de PCL-5, terwijl de CAPS-5 de gouden standaard is voor PTSS-diagnostiek. We vonden enkele verschillen tussen de geïnterviewde en de totale steekproef, wat de betrouwbaarheid van de prevalentieschattingen mogelijk beïnvloedt.

Ten slotte gebruikten we alleen een zelfrapportagevragenlijst voor CPTSS, aangezien het klinische interview nog niet gevalideerd was in Nederland. Onderzoek uit andere landen suggereert dat de CPTSS-percentages mogelijk iets lager uitvallen bij gebruik van klinische interviews.<sup>31</sup>

De huidige studie heeft ook belangrijke sterke punten, waaronder een grote landelijke steekproef, hoge responsratio en de combinatie van zelfrapportage en interviews. Dit is een van de eerste onderzoeken die op nationaal niveau PTSS- en CPTSS-prevalenties volgens DSM-5 en ICD-11 in kaart brengen en informatie bieden over behandelbarrières. Toekomstig onderzoek zou

PTSS en CPTSS meer transdiagnostisch kunnen benaderen gezien de grote overlap met andere psychische aandoeningen zoals depressieve stoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, bijvoorbeeld met netwerkanalyses om de relatie tussen symptomen in kaart te brengen. Daarnaast is toekomstig onderzoek naar risicogroepen voor een hogere PTSS-prevalentie belangrijk zoals geüniformeerde professionals.

## CONCLUSIE

We concluderen dat de prevalentie van PTSS stabiel is gebleven, terwijl de lifetimeprevalentie van PTSS is toegenomen. Ongeveer één op de negen (jonge) volwassenen in Nederland heeft op enig moment in zijn of haar leven last gehad van PTSS. Slechts een derde van degenen die voldeden aan de criteria van PTSS in het verleden heeft eerstelijns psychologische behandeling ontvangen. Veel mensen zochten alternatieve vormen van ondersteuning, zoals yoga of mindfulness, of zochten geen hulp, vaak vanwege een gebrek aan kennis over behandeling, schaamte of vermijding.

Deze resultaten suggereren dat (gerichte) volksgezondheidscampagnes van belang zijn om kennis over PTSS te vergroten. Screening en preventieve interventies zijn ook essentieel, met name na fysieke en seksuele geweldsincidenten, aangezien deze gebeurtenissen een hoog risico vormen voor de ontwikkeling van PTSS. Door dergelijke inspanningen kunnen we bijdragen aan het verminderen van de last van PTSS en het verbeteren van de toegang tot effectieve behandelingen voor degenen die dit nodig hebben.

## NOOT

\*Dit artikel is een bewerking van een eerdere publicatie in *Journal of Anxiety Disorders* (2025; 110: 102963) met als titel 'Epidemiology of DSM-5 PTSD and ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Netherlands'.

## LITERATUUR

- 1 Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, e.a. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatr* 2015; 28: 307-11.
- 2 Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, e.a. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8 (Suppl 5): 1353383.
- 3 de Vries GJ, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress* 2009; 22: 259-67.
- 4 Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, e.a. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51: 1137-48.
- 5 Rzeszutek M, Dragan M, Lis-Turlejska M, e.a. Exposure to self-reported traumatic events and probable PTSD in a national sample of Poles: Why does Poland's PTSD prevalence differ from other national estimates? *Plos One* 2023; 18.

- 6 Einarsdottir TS, Asgeirsdottir BB, Sigurvinsdottir R, e.a. Prevalence of trauma exposure and PTSD symptoms among the Icelandic population: gender and regional differences. *Scand J Public Health* 2024; 52: 968-77.
- 7 Terhakopian A, Sinaii N, Engel CC, e.a. Estimating population prevalence of posttraumatic stress disorder: An example using the PTSD Checklist. *J Trauma Stress* 2008; 21: 290-300.
- 8 Hyland P, Vallieres F, Cloitre M, e.a. Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; 56: 649-58.
- 9 Zorginstituut Nederland. Verbetersignalement PTSS (Improvement alert PTSD) 2020. [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbeter-signalement](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbeter-signalement).
- 10 Hoeboer CM, de Kleine RA, Oprel DAC, e.a. Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy? *J Anxiety Disord* 2021; 80: 102388.
- 11 Mavranetzouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, e.a. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med* 2020; 50: 542-55.
- 12 Voorendonk EM, De Jongh A, Rozendaal L, e.a. Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: results of an intensive treatment programme. *Eur J Psychotraumatol* 2020; 11: 1783955.
- 13 Hoeboer CM, Nava F, Haagen JFG, e.a. Epidemiology of DSM-5 PTSD and ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Netherlands. *J Anxiety Disord* 2025; 110: 102963.
- 14 CenterData. LISS panel 2024. [www.centerdata.nl/en/liss-panel](https://www.centerdata.nl/en/liss-panel).
- 15 The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). 2013. [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life\\_events\\_checklist.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp)
- 16 Boeschoten MA, Bakker A, Jongedijk R, e.a. PTSS checklist voor de DSM-5. Diemen: Arq Nationaal Psychotrauma Centrum; 2014.
- 17 Hoeboer CM, Karaban I, Karchoud JF, e.a. Validation of the PCL-5 in Dutch trauma-exposed adults. *BMC Psychology* 2024; 12: 456.
- 18 Boeschoten MA, Van der Aa N, Bakker A, e.a. Development and Evaluation of the Dutch Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). *Eur J Psychotraumatol* 2018; 9: 1546085.
- 19 Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, e.a. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assessment* 2018; 30: 383-95.
- 20 Germann J, Boeschoten M, Nijdam MJ, e.a. Psychometric evaluation of the Dutch International Trauma Questionnaire for the 11th revision of the International Classification of Diseases posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma* 2023; 16: 1347-56.
- 21 Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, e.a. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138: 536-46.
- 22 López-Ratón M, Cadarso-Suárez C, Rodríguez-Alvarez MX, e.a. OptimalCutpoints: An R package for selecting optimal cutpoints in diagnostic tests. *J Stat Softw* 2014; 61: 1-36.
- 23 Benjamini Y. Discovering the false discovery rate. *J R Stat Soc B* 2010; 72: 405-16.
- 24 Akkermans M, Derksen E, Kennis M, e.a. Veiligheidsmonitor 2023. 2024.
- 25 SWOV. Ernstige en matige verkeersgewonden 2024. <https://swov.nl/nl/verkeersveiligheidscijfers>.
- 26 Norris FH, Kaniasty K, Conrad ML, e.a. Placing age differences in cultural context: a comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the United States, Mexico, and Poland. *Journal of Clinical Geropsychology* 2002; 8: 153-73.
- 27 Palmer JE, Fissel ER, Hoxmeier J, e.a. #MeToo for Whom? Sexual assault disclosures before and after #MeToo. *Am J Crim Justice* 2021; 46: 68-106.
- 28 Havermans DCD, van Alphen SPJ, Olff M, e.a. The need for a diagnostic instrument to assess post-traumatic stress disorder in people with dementia: findings from a Delphi Study. *J Geriatr Psych Neur* 2023; 36: 129-42.
- 29 Beaudoin CE. Evaluating a media campaign that targeted PTSD After Hurricane Katrina. *Health Commun* 2009; 24: 515-23.
- 30 CBS. 2024. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85313NED/table?ts=1734295712255>.
- 31 Gelezelyte O, Roberts NP, Kvedaraitė M, e.a. Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the clinical assessment of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian sample. *Eur J Psychotraumatol* 2022; 13: 2037905.

## AUTEURS

**Chris Hoeboer\***, universitair docent, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC.

**Federica Nava\***, promovenda, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC.

**Joris Haagen**, senior onderzoeker, ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises, ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Diemen.

**Birit Broekman**, hoogleraar Ziekenhuispsychiatrie, afd. Psychiatrie Amsterdam UMC, Vrije Universiteit en afd. Psychiatrie en Medische Psychologie, OLVG, Amsterdam.

**Rutger Jan van der Gaag**, emeritus hoogleraar Klinische kind- en jeugdpsychiatrie, afd. Psychiatrie, RadboudUMC, Nijmegen en secretaris Alliantie Gender en GGZ.

**Miranda Olff**, hoogleraar Neurobiological mechanisms of prevention and treatment in trauma and PTSD, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC en ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Diemen.

\*Gedeeld eerste auteur.

## Correspondentie

Dr. Chris Hoeboer ([c.m.hoeboer@amsterdamumc.nl](mailto:c.m.hoeboer@amsterdamumc.nl)).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-8-2025.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(10):580-587